UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 77

FACULTÉ DE MÉDECINE

5

LA POSITION DE FOWLER

ET SON APPLICATION

DANS LE

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE DES LAPAROTOMIES LABORIEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1913

PAR

Charles GALESNE

Né à Rennes, le 30 mars 1887

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine



Examinateurs de la Thèse	De ROUVILLE, *Président.*	
	TÉDENAT, Professeur.	
	SOUBEYRAN, Agrégé.	*Assesseurs*
	RICHE, Agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

LA POSITION DE FOWLER ET SON APPLICATION

DANS LE

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE DES LAPAROTOMIES LABORIEUSES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 77

FACULTÉ DE MÉDECINE 5

LA POSITION DE FOWLER

ET SON APPLICATION

DANS LE

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE DES LAPAROTOMIES LABORIEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

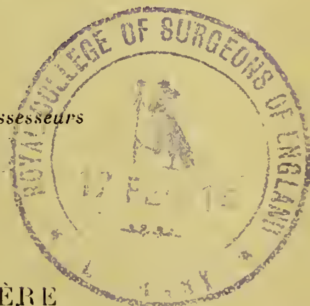
Le 11 Juillet 1913

PAR

Charles GALESNE

Né à Rennes, le 30 mars 1887

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine



Examinateurs de la Thèse	De ROUVILLE, *Président*. TÉDENAT, Professeur.	
	SOUBEYRAN, Agrégé. RICHE, Agrégé.	*Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✻)	Doyen.
	SARDA	Assesseur.
	IZARD	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. De ROUVILLE, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
TÉDENAT, Professeur.	RICHE, Agrégé.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

C. GALESNE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

C. GALESNE.

Au terme de nos études, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les maîtres qui contribuèrent à notre éducation médicale.

Nos dettes de reconnaissance sont lourdes. Le souvenir de notre séjour à l'Ecole de Rennes nous est cher, mais une gratitude particulière va vers M. Marquis, professeur suppléant de chirurgie, qui fut pour nous un maître et un ami, nous donna le sujet de cette thèse dont il nous fournit les éléments.

Que MM. les professeurs Bodin, Le Damany, Millardet, Dayot, Blin reçoivent ici l'expression de nos remerciements pour l'enseignement qu'ils nous donnèrent.

Nous emporterons de la Faculté de Montpellier le meilleur souvenir. Notre seul regret est de ne l'avoir fréquentée qu'une année.

Que M. le professeur Baumel, MM. les professeurs agrégés Lagriffoul et Euzière reçoivent l'expression de notre respectueuse gratitude pour la bienveillance qu'ils ont montrée à notre égard.

LA POSITION DE FOWLER

ET SON APPLICATION

Dans le Traitement post-opératoire des Laparotomies laborieuses

---

INTRODUCTION

Le but de la médecine n'est pas seulement de guérir les affections organiques, de remonter le moral des malades, de lutter contre les infections, et de remédier aux difformités congénitales et acquises ; son principal rôle est de prévenir les affections, les complications, de les empêcher de prendre position, pour ne pas avoir ensuite à les traiter.

Pour cela, les méthodes sont ordinairement nombreuses et diverses, et l'idéal de celles-ci serait d'être à la fois curatives et préventives. C'est là une qualité exceptionnelle qui existe précisément pour la position de Fowler qui est maintenant reconnue nécessaire, obligatoire dans le traitement de la péritonite diffuse, et qu'il est important de préconiser dans le traitement post-opératoire de toutes les laparotomies laborieuses, car malgré l'extension et la perfection de l'antisepsie et de l'asepsie elle vient encore trop souvent les compliquer.

Nous ferons donc l'historique de la méthode et nous l'exposerons dans un premier chapitre. Dans le second

nous étudierons les raisons qui l'on fait adopter dans le traitement post-opératoire des laparotomies laborieuses. Nous publierons ensuite les résultats cliniques. Nous en arriverons alors aux conclusions.

POSITION DE FOWLER

Historique

Dans toutes les sciences, le hasard joue souvent un grand rôle, car il est un guide infidèle, mais précieux. Bon nombre de découvertes lui sont dues, et c'est bien le cas pour la position de Fowler qui maintenant est scientifiquement étudiée, mais qui eut un début uniquement empirique, et ne fut d'abord appliquée que dans le traitement post-opératoire des laparotomies.

Voici de quelle façon Arnaud (de Lyon), dans un article d'après le *Medical Record*, raconte son début :

« Russel S. Fowler, assistant de Georges Ryerson Fowler à l'hôpital Victoria à New-York, avait l'habitude, en cas de vomissements incoercibles post-anesthésiques, d'asseoir ses malades, et cela avec succès. Par analogie, Russel S. Fowler assit un jour en désespoir de cause un malade atteint de péritonite appendiculaire grave, et qui vomissait sans cesse..

» Contre toute attente, le malade guérit. Les Fowler virent dans ce résultat plus qu'une coïncidence. Ils assi-

rent de façon systématique les huit premiers malades atteints de péritonite diffuse grave qu'il leur fut donné d'observer. Au total 9 malades avaient été traités ainsi et tous les neuf guérirent. »

Satisfaits d'un résultat aussi heureux qu'inattendu, et voulant se rendre compte si ces cures merveilleuses n'étaient pas dues à ce même hasard qui les avait fait asseoir leur malade, ils firent une contre-épreuve. Sur une nouvelle série de neufs péritonites diffuses généralisées, ils n'appliquèrent pas la méthode qui devait porter leur nom. Résultat : cinq moururent ; il était nettement moins favorable. Aussi mirent-ils en position assise 4 nouveaux malades : 3 guérirent ; le 4e mourait à quelques jours de là de complication méningée.

En somme ils avaient eu le résultat excellent de douze guérisons sur treize cas désespérés. Leur conviction était faite, ils se mirent alors à faire connaître leur méthode, pour la faire adopter par tous.

Avant l'article du *Medical Record*, plusieurs praticiens avaient eu l'idée heureuse d'asseoir leurs malades pour effectuer plus facilement le drainage post-opératoire.

Bode (de Francfort) décrit sa méthode dans le *Zentralblatt für Chirurgie*, 15 janvier 1900.

Langenbuch, en 1901, en parle dans *Deutsche medizinische Wochenschrift*.

En France, inspiré par Lejars, d'Herbécourt fait sa thèse sur cette nouvelle position qui facilite le drainage.

En 1902, le professeur Dayot (de Rennes) assit un malade qu'il venait d'opérer, et dont l'état était très grave ; il eut la joie de constater sa guérison.

Mais seuls les Fowler restèrent fidèles à leur position pendant quelques années, revinrent à la charge, et la firent employer par tous les chirurgiens.



TECHNIQUE

Voici comment ils expliquaient leur façon de faire :

« La tête du lit était soulevée de 35 à 40 cm. (12 à 15 pouces), au moyen de cales placées sous les pieds du lit. Celui-ci était en position oblique, et, comme dans cette position le malade avait tendance à glisser, on disposait sous ses cuisses un oreiller plié en deux et fortement assujetti par des bandes de chaque côté du lit. Entre cet oreiller et les fesses se trouvait un espace vide pour permettre l'entéroclyse.

C'est un dispositif très simple, que l'on peut obtenir dans tous les milieux, étant donné que l'on a toujours des cales, un oreiller et une sangle. Malheureusement, s'il est excellent chez les enfants et les personnes légères, il y a inconvénient à l'employer chez les personnes d'un certain poids, car l'oreiller se tasse vite, et l'on est obligé de bouger le malade, pour le replacer ou le remplacer.

Aussi beaucoup de chirurgiens ne trouvant pas ce moyen d'application pratique, parce que le malade n'était pas à son aise, et que l'angle d'inclinaison donné au malade était trop faible, ont imaginé divers appareils, tous ingénieux; mais certains coûtent très cher, et par

conséquent leur emploi très restreint les rend peu pratiques.

Griffin a préconisé le système de Gorham, sorte de table donnant l'inclinaison voulue, dans la position inclinée inverse de celle de Trendelenburg.

Vignard a imaginé une table formée de deux cadres se déplaçant à l'aide d'une charnière suivant l'angle désiré, l'un des cadres reposant sur le lit.

Notre maître M. Marquis, au Congrès de chirurgie de 1911, dans sa communication sur « la Réalisation simultanée de la position inclinée et de l'entéroclyse continue dans le traitement des péritonites aiguës », a présenté un appareil inventé par lui et qui est très pratique. Et voici comment il s'exprime :

« Sur l'efficacité de la position de Fowler et de l'entéroclyse continue, tous les chirurgiens sont d'accord. Il n'en va pas de même pour leur réalisation pratique, et la diversité des procédés imaginés témoigne qu'aucun d'eux n'a pu réunir de très nombreux suffrages.

» Beaucoup se contentent de maintenir leurs malades assis par l'intermédiaire soit d'oreillers placés dans le dos, ou mieux du cadre articulé de Vignard. Le malade est alors obligé de s'arc-bouter les pieds pour éviter de glisser.

» Le décubitus latéral conseillé par M. Walther semble être la position idéale dans le cas, mais seulement dans le cas d'incisions franchement latérales.

» Marc Guine puis Gorham ont fait construire des lits dont le plus grand inconvénient est leur prix très élevé.

» Reste la position décrite par Fowler que j'ai figurée l'an dernier dans la *Gazette des Hôpitaux*. Elle a l'avantage d'être simple, très facilement et partout réalisable ; pour l'enfant, en raison de son faible poids,

elle est certainement la meilleure disposition, mais pour pour l'adulte elle présente deux inconvénients : le premier, c'est que les oreillers, même de crin ou de balle, et particulièrement celui placé sous le creux poplité, se tassent très vite, et que pour conserver au malade sa position, il faut très souvent le replacer. Le second, plus important que le premier, c'est que dans cette position les reins portent à faux ; le malade en souffre, et désire vite, au bout d'un ou deux jours, revenir à l'horizontale.

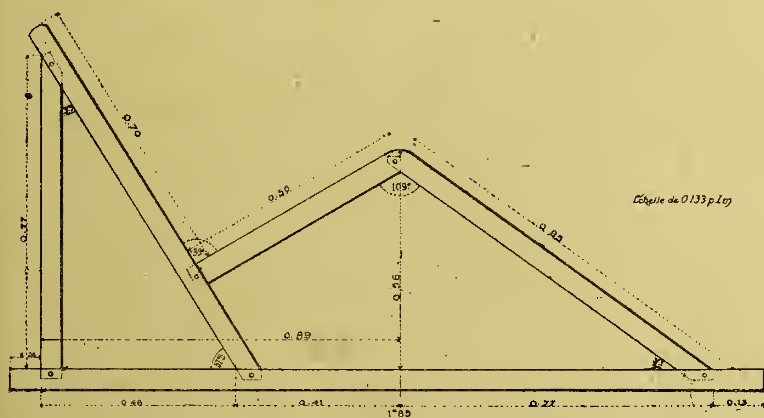


Schéma du cadre

» Je me suis donc efforcé de trouver un dispositif qui permît :

» 1° Au malade de rester longtemps sans fatigue, et d'une façon stable, dans une inclinaison non plus de 35°, comme le demandait primitivement Fowler, mais de 55°, comme le veulent aujourd'hui la plupart des chirurgiens ;

» 2° A l'entourage de faire facilement l'entéroclyse,

sans obliger constamment un aide à maintenir la canule rectale en place.

» La première condition, celle de la position aisément tolérable pour le malade, a été vite réalisée ; pour la seconde, après divers essais, ce qui m'a semblé de beaucoup le plus pratique, c'est de faire, si l'on me permet l'expression, non pas une chaise percée, mais un lit percé.

» Je vous présente d'abord le schéma de l'appareil : sur un cadre disposé en angle droit ayant comme

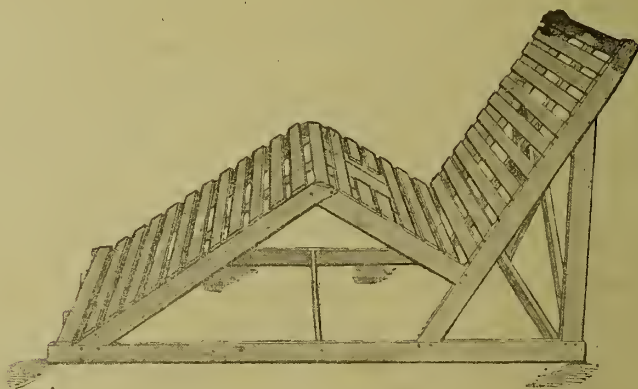


Fig. 1

longueur celle du lit, comme hauteur 0m77, reposent trois plans inclinés : Le premier, destiné au tronc du malade, présente une inclinaison d'environ 55° sur l'horizontale ; il est long de 0m70. Le second, où viendront reposer le siège et les cuisses, quitte le précédent à angle droit ; il est long de 0m56.

» Pour permettre l'entéroclyse, il est percé d'une large fenêtre dont les dimensions 0m28 de large et 0m20 de haut permettent aisément les manœuvres sous le

contrôle de la vue. Le troisième où reposeront les jambes rejoint le pied du lit. Le croisement de ces deux derniers plans est distant de 0m56 de l'horizontale du cadre ; c'est dans cet espace où l'on manœuvrera pour introduire la canule rectale et où l'on placera un vase pour recevoir le liquide qui pourrait s'échapper.

» Enfin, la disposition du tout est invariable et cela pour éviter que l'entourage, suivant sa fantaisie ou celle

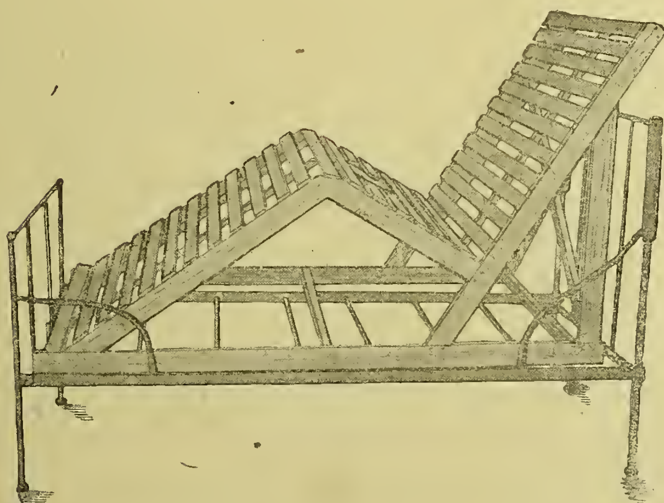


Fig. 2

du malade, ne modifiât l'inclinaison, inondant ainsi la cavité péritonéale du pus accumulé dans le pelvis.

» Voici maintenant plusieurs figures qui permettent de suivre le montage de l'appareil :

» La figure 1 le représente construit avec des lattes de bois transversales placées sur des montants.

» La figure 2 le montre en place ; on remarquera que l'inclinaison de 55° est obtenue tout en laissant le lit horizontal.

» La figure 3 fait voir le matelas formé de deux parties : l'une assez courte pour le dos, l'autre plus longue pour la région du siège et des jambes. Cette dernière est largement fenêtrée ; il importe, sans quoi le siège du malade porte désagréablement sur le bois, que l'échancrure faite au matelas soit de dimensions moindres que celle faite au châssis.

» La figure 4 représente l'appareil en usage. Le drap,

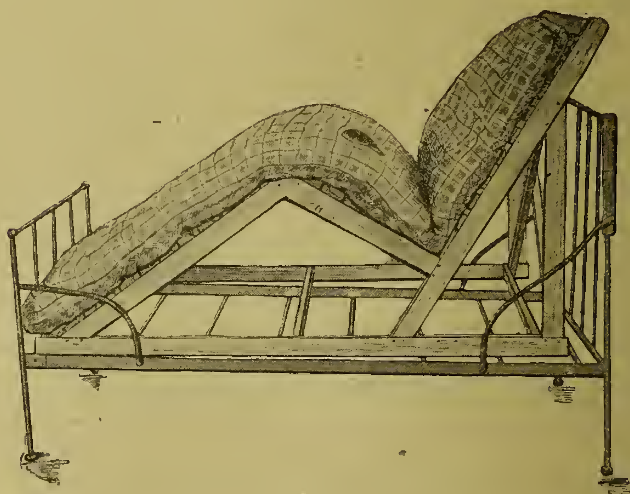


Fig. 3

doublé d'une toile imperméable, a été simplement fendu au niveau de la fenêtre. Pour augmenter le bien-être du malade, un coussin à air est placé sous le siège, et dans l'intervalle des séances d'entéroclyse on glisse sous lui un drap plié en plusieurs épaisseurs.

» L'on remarquera que la canule introduite dans le rectum n'a pas besoin d'être tenue, et cela grâce au très simple dispositif suivant : l'usage a montré que la

sonde rectale en caoutchouc permettait mal, dans cette position, l'écoulement du liquide dans le rectum ; il faut avoir recours à une canule en verre et de préférence à une canule courbe. Donc, à l'union de cette canule rigide et du tube en caoutchouc, on noue fortement un



Fig. 4

fil dont les extrémités sont reliées à deux crochets disposés de chaque côté de l'orifice du châssis. La canule introduite dans le rectum est ainsi fixée en bonne position, et en position beaucoup plus stable que maintenue

par un infirmier dont la fatigue entraîne toujours quelques mouvements.

» Malgré sa simplicité d'exécution qui permet de le faire fabriquer partout, cet appareil, encombrant il faut l'avouer, peut paraître superflu pour les rares cas de péritonites qui se présentent. Mais son emploi est susceptible de devenir beaucoup plus fréquent. Si, en effet, au lieu de réserver la position inclinée à 55° aux seuls cas de péritonites, on l'applique à tous les malades ayant subi une laparotomie laborieuse, on verra sous son influence la diminution de ces petits signes de réaction péritonéale, c'est-à-dire les vomissements se raréfier, les insomnies moins constantes, les urines plus abondantes, le facies plus reposé, bref, une amélioration notable du post-opératoire. »

Cet appareil très simple et très pratique ne coûte presque rien, et est donc à recommander partout et pour tous. Les plans étant immobiles, et la partie supportant le siège et les cuisses étant à angle droit avec le plan sur lequel repose le tronc, supprime complètement le glissement, et rend la position de Fowler à inclinaison de 55° très supportable pour le malade qu'elle n'oblige pas à des efforts pour se maintenir en place, et auquel elle procure une grande amélioration.

PRINCIPE DE LA MÉTHODE

La méthode de Fowler est basée sur l'anatomie du péritoine, la disposition de ses lymphatiques et son pouvoir d'absorption et de résorption.

Avant la découverte et l'application de la position demi-assise, de nombreuses études avaient été faites par plusieurs savants sur le péritoine.

Beck, Doglei, Recklinghausen avaient trouvé dans le péritoine, dissimulés par des cellules endothéliales très contractiles, des sortes de stomates ou ouvertures lymphatiques. Du reste, cette théorie depuis a été niée par Murphy. L'endothélium péritonéal est partout lisse et continu sans stomates ni stigmates. Il n'est donc pas un élément lymphatique aussi important que le croyaient ces auteurs. Mais il existe de nombreux lymphatiques sous-péritonéaux répartis très inégalement sur toute la surface. A cet égard, on peut diviser le péritoine en trois régions.

La partie supérieure draphragmatique laisse voir de gros troncs lymphatiques s'anastomosant avec les troncs lymphatiques des régions voisines pulmonaires et sus-

diaphragmatiques. Les lymphatiques de la région péritonéale moyenne diminuent progressivement de volume en se rapprochant de la partie inférieure où ils sont insignifiants.

Notre maître M. Marquis a exposé la conséquence de ces dispositions anatomiques dans la *Gazette des Hôpitaux* dans l'infection péritonéale :

« La péritonite n'est qu'une lymphangite entraînant la mort par l'absorption trop rapide des canaux lymphatiques. Mais ces canaux ne sont pas également dispersés dans la cavité péritonéale qui, en raison de la différence topographique d'absorption, peut être divisée en trois zones inégalement dangereuses :

» 1° La région diaphragmatique possédant le plus fort pouvoir d'absorption, car il s'y rencontre des troncs lymphatiques qui, en raison de leur large diamètre, ne se laissent pas oblitérer par la thrombo-phlébite, qui, en raison de leur nombre, transportent rapidement dans l'organisme : pus, sang, bactéries et produits toxiques.

» 2° La région intestinale constitue une zone encore dangereuse d'absorption.

» 3° La région pelvienne, presque entièrement dépourvue de gros troncs lymphatiques, et dont les capillaires lymphatiques s'obstruent rapidement par la thrombophlébite. »

Clairmont et Haberer, dans leurs expériences physiologiques sur le péritoine du lapin, ont montré la véracité de cette description anatomique et de ses conséquences.

Ils injectèrent à deux lapins absolument semblables, dont l'un avait le péritoine collodionné, une certaine quantité d'iodure de potassium. Chez l'un l'élimination fut très rapide, chez l'autre elle fut très lente. Ils injectèrent ensuite à deux lapins, dont l'un avait la partie

péritonéale diaphragmatique collodionnée, une même dose de strychnine. Celui qui n'avait pas subi de préparation mourut rapidement, l'autre survécut.

La clinique confirme du reste ces expériences. Les collections purulentes de l'abdomen se pronostiquent en effet d'après leur siège, le pronostic étant d'autant plus favorable qu'elles se rapprochent davantage du pelvis. Du reste les perforations de l'utérus, assez fréquentes dans le curettage, et les hystérectomies par voie vaginale se passent presque toujours de complications infectieuses.

Ces notions sur l'absorption péritonéale ont une grande importance. Certains auteurs l'ont étudiée, à qui elle s'est révélée prodigieuse.

Wegner montra qu'en 1 heure le péritoine peut absorber de 5 à 8 p. 100 du poids du corps, et calcula que sa superficie équivalait à peu de chose près à celle de la peau.

Des expériences plus remarquables encore au point de vue clinique furent faites à l'encontre de certains auteurs qui prétendaient que quand le péritoine s'infecte son absorption diminue, par suite de la formation sur sa paroi d'un enduit fibrineux obstruant les lymphatiques.

Glimm a prouvé que loin d'être diminuée l'absorption péritonéale est augmentée par l'infection. Prenant deux groupes de lapins, il injecta au premier du lactose pur, à l'autre du lactose encore, mais après l'avoir infecté au préalable avec une culture de colibacille : l'élimination fut beaucoup plus rapide chez le second que chez le premier.

La première opinion était fausse, et voici pourquoi. Au début de l'infection l'absorption est augmentée dans de grandes proportions, mais si l'intoxication générale s'établit, la pression sanguine s'abaisse par retentissement

sur le cœur, le rein est lésé également et le filtre rénal ne fonctionnant plus normalement, ne laisse pas ainsi s'éliminer le poison comme si le rein avait été sain.

La position de Fowler est donc basée sur l'anatomie du péritoine et son pouvoir d'absorption ; son but est de collecter tous les liquides infectieux ou autres dans la portion la plus déclive du péritoine, à l'endroit précisément où ces liquides ne seront pas absorbés et par conséquent ne pourront pas se répandre dans l'organisme.

Il est bien évident qu'entraînés par leur propre poids et aidés par le péristaltisme, tous les liquides suivant la loi de la pesanteur, poussés de plus par la pression diaphragmatique, descendront et s'accumuleront au point déclive, d'où leur élimination sera facile par un drainage inférieur.

Application de la position demi-assise

Il reste à savoir quand et combien de temps il faut appliquer la position demi-assise. Il faut d'abord savoir dans quel but on l'emploie ; si c'est pour localiser une infection existant ou pour la prévenir. Dans le cas d'infection, il faudra l'appliquer aussitôt le diagnostic fait, car l'important dans ce cas est d'empêcher l'absorption des produits pathogènes. Par conséquent il faut les localiser le plus rapidement possible dans un point où ils ne seront pas trop dangereux et d'où il sera facile de les éliminer.

Si c'est pour la prévenir, après une laparotomie laborieuse, il faudra l'appliquer sitôt après le réveil.

Mais combien de temps la maintiendra-t-on ? Sa durée

d'application a été très discutée suivant les complications possibles.

Les rôles multiples de la position de Fowler vont nous fixer quelque peu sur la durée de son application. Sans doute, au bout de 12, 24, 48 heures, le grand péritoine est isolé du bassin dans lequel le pus est venu se collecter. Par ailleurs, à en croire Rotter, il ne s'écoule plus par le drain de liquides pathologiques. Si donc la position de Fowler n'assurait que l'exclusion du grand péritoine et l'évacuation du pus, l'opinion de Deaver serait juste. La position au bout de 48 heures, 72 heures, aurait donné tout ce qu'on peut en attendre. Mais l'intégrité du jeu du diaphragme, l'entretien du péristaltisme intestinal, qu'assure la position de Fowler, entrent alors en ligne de compte. Pendant plusieurs jours, et alors que depuis longtemps il ne s'écoule plus de pus, les anses intestinales parésiées sont distendues, et, si le malade était laissé horizontalement, elles viendraient peser sur le diaphragme qu'elles refouleraient. Aussi, tant que subsistera un certain degré de ballonnement du ventre et surtout de l'épigastre, tant que le malade n'aura pas été à la selle ou n'aura pas émis de gaz, il est avantageux et prudent de maintenir la position de Fowler.

En tout cas il faudra toujours se souvenir de ce malade de Fowler qui allait de mal en pis parce que de temps en temps, sur sa demande, on le faisait passer de la position demi-assise à l'horizontale, et qui guérit grâce à l'application définitive de la première position.

Modification de la position primitive

Au début, d'après leurs articles, les Fowler appliquaient et recommandaient un angle d'inclinaison d'environ 35°.

A cette heure pourtant, une inclinaison plus accentuée est à employer de préférence. Sans doute une inclinaison autour de 40° suffit à faire du pelvis le point le plus déclive de la cavité abdominale, permettant aux sécrétions pathologiques de venir s'accumuler à cet endroit.

Il n'en est pas moins vrai qu'un degré plus accentué d'inclinaison favorise davantage la descente du pus, et permet surtout de façon plus parfaite le drainage en faisant s'enfoncer davantage la masse intestinale dans le pelvis et en la faisant peser davantage sur le liquide collecté dans le Douglas.

Herbecourt, dans ses expériences cadavériques, avait déjà vu que le drainage du Douglas se faisait d'autant mieux que le résidu était moindre, que le sujet se rapprochait davantage de la position assise.

Aussi les chirurgiens ont-ils augmenté l'angle de relèvement du malade : ils atteignirent avec Coffer jusqu'à 60° et plus tard avec Hawkes et Deaver la position se rapprocha de l'angle droit.

Malheureusement, cette méthode présentait un inconvénient du fait de l'imperfection des appareils employés. C'est un inconvénient qui n'existe plus depuis l'appareil de notre maître le docteur Marquis.

RÉSULTATS

Actuellement, la position de Fowler est admis par tous dans le traitement post-opératoire de la péritonite, et est employée par beaucoup dans le traitement post-opératoire des laparotomies laborieuses et même simple.

Maintenant on l'emploie associée à d'autres procédés tels que l'entéroclyse, les injections diverses qui en augmentent l'efficacité.

Mais au début de son apparition elle fut employée seule et dónna déjà de très heureux résultats.

Les résultats de Fowler, en 1904, étaient de 67 p. 100 de guérison.

Toutes les statistiques et l'emploi qu'on en fait prouvent d'ailleurs l'excellence de la méthode.

APPLICATION
DE LA POSITION DE FOWLER
AU TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE
DES LAPAROTOMIES

Il est très intéressant de remarquer que la position de Fowler n'a pas été primitivement employée pour les péritonites où elle est cependant devenue classique, mais bien pour le traitement post-opératoire des laparotomies laborieuses.

Au début, en effet, les Fowler n'employaient la position demi-assise que comme traitement des vomissements post-anesthésiques, ce qui leur donnait de bons résultats.

Dans la suite, nous avons vu que sa portée était beaucoup plus grande, qu'elle agissait surtout en empêchant de se diffuser dans tout l'abdomen les petits suintements sanguins si fréquents partout où il y a des adhérences, ou encore des produits de réaction sécrétés sous l'influence de germes assez peu virulents.

Elle a encore beaucoup d'autres avantages, en exerçant une heureuse influence sur l'état général de l'opéré et sur le bon fonctionnement de tous ses organes.

Ce sont ces considérations qui l'ont fait adopter par beaucoup de chirurgiens dans le traitement post-opératoire des laparotomies laborieuses, c'est-à-dire des laparotomies que leur durée ou les traumatismes qu'elles exigent mettent le malade en moindre état de résistance et donnent des risques d'infection.

Risques d'infection

Quand on pratique une opération abdominale pour une inflammation quelconque d'organes intra-abdominaux, on peut mettre à jour de petits foyers d'infection localisée, contenant du pus ou des sérosités louches qui peuvent, au cours de l'opération, s'écouler dans le péritoine et l'infecter dans sa totalité.

Il arrive que dans une laparotomie aseptique, que l'opération soit longue et laborieuse par suite de sa difficulté ou des obstacles imprévus que l'on peut rencontrer et malgré les champs opératoires qui la recouvrent, malgré le soin que le chirurgien et ses aides aient pris dans la désinfection de leurs mains, malgré la désinfection de la salle, il est rare que quelques agents pathogènes ne circulent dans l'air et ne viennent se fixer sur la plaie opératoire ; ou alors si le chirurgien n'a pas de gants ou de masque, ces agents pathogènes peuvent venir de la sudation de ses mains ou de sa respiration.

Si cette complication est rare dans nos salles d'opération, avec la perfection de l'asepsie et de l'antisepsie, elle se produit cependant.

Mais dans les opérations d'urgence en ville ou à la campagne, qu'on est forcé d'effectuer chez le malade, avec des moyens de fortune, les chances de complication

augmentent singulièrement du fait du milieu où on opère. Dans nos campagnes, il arrive assez souvent que les chirurgiens soient obligés d'opérer d'urgence dans des fermes, dont la pièce habitée où l'on opère n'est séparée de l'étable que par une porte qui ne ferme pas.

Il est donc urgent dans ces cas d'asseoir ses opérés, car la position demi-assise empêche l'apparition de l'infection, en localisant les suintements et les produits de réaction péritonéale au pelvis, où les lymphatiques péritonéaux sont en nombre infini et de diamètre très petit, où par conséquent la résorption est au minimum.

De plus à cet endroit, s'il y a une réaction quelconque, il y a vite formation d'adhérences qui la limite et empêche son extension au péritoine entier.

C'est ce que l'on constate fréquemment dans les cas d'hystérectomie pour néoplasme ulcéré et infecté de l'utérus. Dans ces cas il y a en effet une réaction péritonéale, mais qui est localisée par la formation d'adhérences, et qui disparaît rapidement.

Drainage

Dans beaucoup de laparotomies, surtout sur les organes génitaux, on pratique le drainage au point déclive, pour éliminer tous des suintements et produits de réaction. Dans ce cas aussi la position de Fowler est par-dessus tout indiquée. Dans cette position en effet tous les liquides suivant la loi de la pesanteur s'accumulent à la partie inférieure où se trouvent les drains ou mèches qui les évacuent rapidement. La pression diaphragmatique et le péristaltisme intestinal favorisent dans une

large mesure cette élimination, par la pression exercée sur ces liquides.

Le professeur de Rouville, dans une lettre qu'il a bien voulu nous adresser, nous dit qu'il a employé la position de Rotter, de Deaver, de Kuster mais qu'il leur préfère de beaucoup la position demi-assise de Fowler qu'il emploie aussitôt après le réveil dans le traitement post-opératoire de toutes les laparotomies, et qu'elle lui paraît précisément indiquée dans les cas où il faut faire le drainage vaginal.

Vomissements

Il n'est pas nouveau que la position de Fowler exerce une heureuse influence sur les vomissements post-anesthésiques. Elle ne les supprime pas toujours, mais elle en abrège sensiblement le nombre et la durée, et cette influence a une grande importance.

Dans les laparotomies laborieuses, le malade est déjà assez affaibli par la maladie puis par le choc opératoire; si les vomissements étaient trop violents et répétés, les efforts auxquels ils obligent finiraient par abattre complètement l'opéré.

Il arrive d'autre part qu'ils viennent compliquer localement l'opération, car, malgré que le bandage de corps soit aussi serré que possible, sous la pression considérable que subit la masse intestinale par l'abaissement violent du diaphragme, l'intestin transmet la pression reçue à la plaie opératoire, et fait sauter les sutures, obligeant ainsi à une réfection de la paroi.

L'opéré placé dans la position de Fowler ne connaît pas ces mouvements, car les vomissements très abrégés sont peu nombreux, et ne l'affaiblissent pas.

Action sur le tube digestif et l'appareil urinaire

Après une laparotomie laborieuse dans laquelle le chirurgien s'est vu obligé de traumatiser l'intestin, on constate souvent une atonie du tube digestif caractérisée par du ballonnement abdominal et épigastrique avec rétention de gaz et de matières. Par réflexe il y a généralement en plus de l'atonie vésicale avec rétention d'urine obligeant au cathétérisme.

Ces complications existent rarement, et en tout cas sont très abrégées si l'on place l'opéré en position demi-assise. L'estomac conserve sa tonicité, chasse naturellement son contenu dans le tube intestinal qui l'évacue rapidement. De plus l'urine s'écoule aussi bientôt spontanément, et rares sont les cas où l'on est obligé de recourir au cathétérisme vésical.

Poumon et cœur

Par contre-coup, le poumon et le cœur bénéficient dans une large mesure du bon fonctionnement stomacal et intestinal. Dans la position horizontale, en effet, s'il y a atonie et distension de l'intestin, celui-ci très augmenté de volume vient refouler le diaphragme et diminue grandement l'amplitude des mouvements respiratoires. Quand au contraire l'opéré est placé en position de Fowler, l'intestin dilaté par les gaz, alourdi par ces gaz et les matières qu'il contient, tombe naturellement sous l'influence de la pesanteur dans la partie inférieure de

l'abdomen, et alors qu'en position horizontale il venait refouler le diaphragme, c'est maintenant le diaphragme qui vient peser sur lui.

Comme conséquence, le diaphragme peut en toute liberté suivre toute l'amplitude nécessaire aux mouvements respiratoires, et de ce fait l'opéré éprouve un soulagement tel qu'il réclame la position demi-assise si on la supprime trop hâtivement.

Le poumon peut donc facilement se remplir d'air dans toute sa surface, et l'hématose se faire dans de meilleures conditions.

Le cœur à son tour s'en trouve bien, car le mauvais fonctionnement d'un organe retentit toujours sur un autre, et ces deux-ci sont particulièrement liés l'un à l'autre. Si la respiration ne se faisait pas normalement, le cœur serait forcé de travailler davantage pour forcer l'obstacle qu'il trouverait de ce côté et l'on constaterait alors de l'accélération du pouls.

Ceci a une importance d'autant plus grande que l'opéré est plus âgé. Car le danger post-opératoire chez le vieillard réside surtout dans l'hypostase pulmonaire, qui diminue dans de grandes proportions la surface respiratoire.

Avec la position de Fowler, l'hypostase est rare, et si elle existe quelquefois avant l'opération chez les vieux opérés d'urgence, elle les soulage en leur permettant d'utiliser la plus grande surface pulmonaire. C'est ce que l'on constate journellement dans les hôpitaux chez les vieux asytoliques, et chez les malades atteints de congestion des bases, qui se mettent d'eux-mêmes dans la position demi-assise, à l'aide du redressement que leur donne plusieurs oreillers superposés, trouvant que

c'est dans cette position que leur respiration est le plus parfaite.

Choc opératoire

Tout opéré, après toute opération et surtout évidemment après une laparotomie laborieuse, se trouve dans un état spécial grave, que l'on appelle le choc opératoire.

Cet état est caractérisé par une augmentation de rapidité du pouls qui devient en même temps petit, quelquefois imperceptible, et une élévation de température. Il est dû à des réflexes, spécialement du sympathique, et dure quelquefois un temps assez long.

Chez tout opéré placé dans la position de Fowler, on constate rapidement un retour à l'état existant avant l'opération. le pouls se ralentit, reprend son amplitude ordinaire et la température descend et redevient normale.

Douleur. — Sommeil

Après une laparotomie laborieuse, l'opéré, après son réveil, ressent souvent une douleur spéciale à ce genre d'opération. Ce n'est pas, comme on pourrait le croire, une douleur locale causée par la plaie opératoire, c'est plutôt une lassitude douloureuse, quelquefois très douloureuse, qui le déprime beaucoup. Evidemment comme conséquence le sommeil qui calmerait ce genre de douleur est complètement supprimé par celle-ci et aide à la dépression du patient. Aussi est-on quelquefois forcé de

recourir à la morphine pour lutter contre cette situation qui mettrait le malade en état de moindre résistance.

Ceci arrive rarement chez l'opéré placé en position de Fowler. En général, la douleur est minime dans les cas où elle est marquée aussitôt après le réveil, elle diminue rapidement par la suite et évidemment le sommeil vient bientôt soulager le malade et l'aider à récupérer ses forces.

Facies

La signature de tous ces bienfaits, procurée par la position demi-assise de Fowler, c'est le facies du malade. C'est sur son visage que se reflète tout ce qu'il ressent et que se lit son état. Au début, sitôt après le réveil, le facies de l'opéré placé dans la position de Fowler n'est évidemment pas très brillant, montrant bien que le choc opératoire l'a beaucoup fatigué. Mais bientôt, le poumon, le cœur, l'intestin fonctionnant bien, le pouls ayant repris son amplitude, la douleur étant disparue et le sommeil étant venu finir de soulager l'opéré, son facies devient bon, d'une coloration normale, les traits reposés, et vient attester tous les bienfaits de la position de Fowler.

Durée d'application

Nous avons vu que dans la péritonite on emploie la position demi-assise tant que l'intestin est ballonné et qu'il n'a pas émis de matières et de gaz. Mais dans ce cas c'est un moyen curatif.

Employée comme préventif de l'infection et pour soulager le malade, la position de Fowler dans le cas de laparotomie laborieuse exige une durée d'application beaucoup moins longue.

A l'Hôtel-Dieu de Rennes on l'emploie pendant 24 heures généralement, 48 au plus, car à ce moment elle a donné tout ce qu'on attendait d'elle, et le malade est alors en bonne voie de guérison, l'intestin s'est vidé et l'atonie du tube digestif n'est plus à craindre.

Du reste, les résultats cliniques sont les meilleures preuves des bienfaits que procure la position de Fowler dans le traitement post-opératoire des laparotomies laborieuses et, par extension, de toutes les laparotomies.

Ces résultats sont excellents dans les cas où elle est employée seule.

Mais dans les cas difficiles ou particulièrement graves, on pourra lui adjoindre, comme le conseille le professeur Soubeyran, l'injection rectale goutte à goutte avec un bock et une sonde de Malicot d'une solution de sérum chaud ou, si le rein de l'opéré est douteux, d'une solution chaude de glucose à 9 pour 100.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	130	38.2	néant	bon	souffre un peu la première nuit	néant	1/2 litre	néant
Lendemain.... m. s.	95	37 37.4	—	—	néant	3 heures	1 litre	selle légère et gaz
Surlendemain. m. s.	95	37.3 37.2	—	—	—	bon	1 litre 3/4	—
3e jour............	95	36.6	—	—	—	—	1 litre 1/4	—

B..., 14 ans. Appendicite. 12 septembre 1910, 9 h. Position de Fowler, 24 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	100	37	2 vomiss. pendant la nuit, bile et lait.	vultueux	souffre un peu la nuit.	néant	néant	selle diar. dans la nuit
Lendemain ... m. s.	95 100	36.5 36.9	néant	bon	nulle	5 heures	1/2 litre	—
Surlendemain. m. s.	90 100	36.8 36.9	—	—	—	9 heures	1 litre	—
3e jour	92	36.8	—	—	—	—	1 litre	—
4e jour	76	36.8	—	—	—	normal	1 litre 1/4	—

A... G..., 24 ans. Salpingite. 20 septembre, 8 h. 1/2. Position de Fowler, 24 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	100	36.8	néant	bon	souffre légèrem. de l'estomac	2 heures	1 litre	néant
Lendemain ... m. s.	92 90	36.5 37	—	—	néant	5 heures	1 litre 1/2	selle dans la matin.
Surlendemain. m. s.	80 76	36.6 36.8	—	—	—	bon	1 litre 3/4	normal
3e jour								

G... A..., 23 ans. Césarienne. 25 septembre, minuit. Position de Fowler, 24 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Après l'opération	116	38	néant	bon	néant	très léger	anurie	pas de selles ni gaz
Lendemain ... m. s. Respiration. 38	104 120	37.8 37.4	—	bon matin fatigué le soir	—	néant, toux	sondée 1025 gr.	gaz d. l. journ.
Surlendemain. m. s. Respiration. 34	144 159	38.5 37.8	—	assez bon	—	léger	émis. spont. 700 gr.	selle abond.
3e jour	118	37.	—	bon	—	assez bon	normales	

Observation particulière. — Malade atteint de bronchite avec point de côté gauche et expectoration pénible.

		Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération		132	37.4	néant	reposé	intermittente	2 heures dans la nuit	1[2 litre	pas de selle
Lendemain ...	m. s.	128 135	37.2 37.4	vomissement léger.	bon	légère	sommeil lég.	2/3 de litre	quelques gaz
Surlendemain .	m. s.	92 100	36.2 36.5	néant	—	nulle	bon	normales	selle
3e jour									

Obs. particulière. — 1 litre de sérum. Caféine. Ether. Le lendemain, 3 litres de sérum intra-rectal; son état s'améliore rapidement.

R... M..., 27 ans. Hernie ombilicale étranglée. 4 octobre. Position de Fowler, 36 heures.

		Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Matin		90	36.4	fréquents jusqu'à 4 heures du matin	fatigué	souffre la nuit	néant	3/4 de litre	néant
Soir		95	36.					très rouge	néant
Lendemain ...	m. s.	100 100	[illegible] 37 2	vomissements	rouge	néant	bon	1 litre dans le jour	gaz et selle dans la nuit
Surlendemain.	m. s.								
5e jour		[illegible]	[illegible]	[illegible]	bon	—	bon	normales	—

L... F... Kyste de l'ovaire. 28 septembre, 10 heures matin. Position de Fowler, 24 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Matin	90	36.7	néant	fatigué	néant	4 heures	3/4 de litre	néant
Soir	100	37.3	néant	bon				
Lendemain ... m. s.	85 105	36.5 37.7	—	bon	—	9 heures dort dans la journée	3/4 de litre	selle peu abondante
Surlendemain. m. s.								
3e jour	80	36.6	—	—	—	bon	1 litre	selle légère

R... J... Hystérectomie abdominale totale. 12 octobre. Position de Fowler, 48 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	88	35.8	néant	inquiet	peu vive continue	nul	néant	néant
Lendemain ... m. s.	114 104	36.4 36.8	—	meilleur	—	1 heure	1[2 litre	gaz
3e jour .... m. s.	104 108	36.8 37.5	—	bon	nulle	léger	1 litre	selle
4e jour........ m. s.	100 104	36.8 37	—	—	douleur au creux épigastrique			pas de selle
5e jour	90	36.8	—	—	disparue	assez bon	1 litre 1[4	selle

B..., 46 ans. Hernie crurale étranglée depuis 6 jours. 9 novembre, 10 heures matin.
Position de Fowler, 36 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Matin	×	35.	fécaloïde abondant	très mauvais	aiguë	néant	néant	néant
Soir	×	35.	fécaloïde abondant	très mauvais	aiguë	néant	néant	néant
Lendemain ... m. s.	110 mou 110	35.7 35.9	néant 1 vomissem. bilieux	meilleur	atténuée	très léger	1 litre 1/2	diarrhée int.
Surlendemain. m. s.	100 90	35.8 36	néant	bon	nulle	bon	1 litre 1/4	norm.
3e jour								

Observation particulière. — Etat très bon. Anesthésie locale à la novocaïne.

C... V... Hernie crurale étranglée. 9 novembre 1910, 10 heures soir. Position de Fowler.

	Pouls	Temp	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	×	35.6	fécaloïdes	très mauvais	intense	néant	néant	—
Lendemain ... m. s.	tr.mou 100	35	néant	mauvais	marquée	néant	100 gr.	—

Observation particulière. — Chloroform. Meurt à 11 heures du soir le 10 novembre.

R... Appendicectomie. 11 novembre, 10 heures matin. Position de Fowler, 2 jours.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	80 mou	35.5	abondants	mauvais	marquée	néant	norm.	néant
Lendemain ... m. / s.	A. B. 90 / 80	37.3	néant	bon	diminuée	assez bon	—	gaz
Surlendemain . m. / s.								
3e jour	B. 80	37.	—	—	disparue	bon	—	selle

Observation particulière. — L'état devient très bon. Le soir de l'opération, 500 gr. de sérum. Éther. Caféine.

C... J..., 72 ans. Entérostomie pour occlusion. 10 heures soir. Position de Fowler, 36 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération								
Lendemain.... m. / s.	100 / 100	36.4 / 36.9	fécaloïdes fréquents	mauvais	vive	néant	néant	néant
Surlendemain. m. / s.	90 / 90	37.2 / 37.6	néant	bon	néant	somnolence	1/2 litre	selle diarrh.
3e jour............ état excellent								

F..., 30 ans. Appendicectomie. 2 décembre, 9 heures matin. Position de Fowler, 48 heures.

		Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération		110	36.2	1 vomissement	bon	légère	néant	800 gr.	néant
Lendemain ...	m.	120	36.4	néant	fatigué	légère	néant	peu abond.	selle
	s.	110	36.						
Surlendemain.	m.	95	36.6	néant	fatigué	marquée	léger	norm.	pas de selle
	s.	100	37.2						
3e jour........	m.	90	36.5	—	bon	atténuée	bon	norm.	selle norm.
	s.	90	37.4						

Observation particulière. — Le malade éprouve une grande fatigue du fait de la position.

B... A... Hystérectomie abd. tot. 12 décembre, 9 heures matin. Position de Fowler, 3 jours.

		Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération		115	35.6	abondants	fatigué	peu marquée	léger	800 gr.	pas de selle
Lendemain ...	m.	110	35.8	néant	meilleur	nulle	excellent	600 gr.	selle norm.
	s.	115	37.6						
3e jour		100	37.	néant	excellent	—	—	900 gr.	pas de selle

Observation particulière. — Soir 800 gr. sérum. Caféine. Huile camphrée. Lendemain de nouveau 500 gr. sérum et huile camphrée.

M... C... Hernie crurale étranglée. Résection de 20 cent. d'intestin. Position de Fowler, 36 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	100	37.	aussitôt apr. l'opér.	assez bon	nulle	néant	norm.	diarrhée
Lendemain ... m. s.	110	37.9	néant	bon	—	—	—	—
Surlendemain . m. s.	86	36.8	—	—	—	—	—	—
3e jour								

C... 25 ans. Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Appendicectomie. Position de Fowler, 24 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	110	36.5	2 vomissements	très fatigué	marquée	néant	norm.	néant
Lendemain.... m. s.	120 120	36.8 37.8	néant	fatigué	s'atténue	normal	norm.	diarrhée
Surlendemain. m. s.	140 130	36. 37.3	—	—	—	—	—	—
3e jour............	96	37.	—	—	—	—	—	—

		Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération		90	36.8	abondants	fatigué	marquée	2 heures	1 litre 1/4	gaz
Lendemain ...	m.	85	36.4	néant	bon	s'atténue	jusqu'à 2 h. matin	3/4 de litre	selle
	s.	80	37.2	—	bon un peu ictérique	—		120 gr.	—
Surlendemain.	m.								
	s.								
3e jour									

État général très bon.

D..., 36 ans. Entéro-anastomose par occlusion intestinale. 30 décembre, 10 heures soir. Position de Fowler, 24 heures.

		Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération		120	36.5	fécal. abond.	très mauvais	vive	néant	0	0
Lendemain....	m.	100	38.5	néant	assez bon	néant	4 litre	1/4 litre	gaz
	s.	100	37.2						
Surlendemain.	m.	90	36.2	—	bon	—	bon	3/4 litre	selle
	s.	95	36.5						
3e jour............									

L..., 29 ans. Hystérectomie abdominale subtotale. Position de Fowler, 36 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	115	36.2	2 dans la matinée	assez bon	marquée	somnolence	3[4 litre	selle norm.
Lendemain.... m.	95	36.	néant	bon	atténuée	normal	1 litre	pas de selles
s.	90	36.7						
Surlendemain. m.								
s.								
3e jour.............								

État excellent.

Y... Hernie ombilicale étranglée. 11 janvier, 3 heures soir. Femme adipeuse. Bronchite chronique. Epiploon et intestin adhérents. Position de Fowler, 36 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	95	36.	néant	assez bon	marquée	assez bon	3[4 litre	néant
Lendemain ... m.	92	36.3	—	bon	atténuée	pas de somm.	1 litre	gaz et selle
s.	100	36.8	—	bon	—	3 heures		diarrhéique
Surlendemain. m.	90	36.5						
s.								
3e jour.............								

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	100	36.2	néant	fatigué	marquée	néant	3/4 litre	gaz
Lendemain.... m. s.	124 130	36.6 38.4	—	—	—	—	1 litre	selle
Surlendemain. m. s.	95	36.7	—	meilleur	disparue	—	1 litre 1/2	—
3e jour............	90	36.5	—	bon	—	—	1 litre 1/2	pas de selle

Malade cachectique. Tous les jours 1 litre sérum.

R..., 46 ans. Fibrome de l'ovaire pesant 25 k. Hystérectomie abdominale subtotale.
Position de Fowler, 48 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	110	36.3	abondant	fatigué	marquée	nul	3/4 litre	néant
Lendemain ... m. s.	105 115	37 37.5	néant	meilleur	atténuée	2 heures	1 litre	selle
Surlendemain. m. s.	96 100	37 37.2	—	bon	disparue	—	normales	gaz
3e jour	90	37.2	—	—	—	—	—	selle

P..., 41 ans. Kyste de l'ovaire volumineux. Position de Fowler, 36 heures.

Etat du choc très marqué. Sérum. Caféine.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	120	35.6	néant	fatigué	néant	néant	1/2 litre	néant
Lendemain ... m. s.	120 130	37 37.6	2 vomiss. aqueux	bon	—	3 heures	3/4 de litre	selle
Surlendemain . m. s.	100	36.5	—	—	—	bon	1 litre	selle
3e jour	85	37	—	—	—	—	—	—

Etat général satisfaisant.

R... A... Appendicectomie à froid. Position de Fowler, 24 heures.

	Pouls	Temp.	Vomissements	Facies	Douleur	Sommeil	Urines	Gaz et selles
Soir de l'opération	85	36.4	très abondants et nombreux	mauvais	marquée	néant	3/4 de litre	gaz
Lendemain ... m. s.	80 85	36.8 37.2	néant	bon	atténuée	néant	3/4 de litre	selle
Surlendemain. m. s.	80	36.2	—	—	—	—	—	—
3e jour	—	—	—	—	—	—	—	—

D'après les renseignements que les professeurs de Rouville et Soubeyran ont bien voulu nous donner par lettre, dans toutes leurs laparotomies traitées ainsi, ils n'ont eu aucune complication, et les résultats portent sur un grand nombre de cas, puisque le professeur Soubeyran nous dit qu'il a mis en position de Fowler plus de 100 laparotomisés.

CONCLUSIONS

La position de Fowler a été primitivement inventée et employée dans le traitement post-opératoire des laparotomies laborieuses pour combattre les vomissements.

Elle est ensuite devenue classique dans le traitement des péritonites diffuses, grâce à la localisation qu'elle produit des éléments septiques, en empêchant ainsi leur diffusion dans l'organisme.

De nouveau on l'a employée dans le traitement post-opératoire des laparotomies laborieuses et, par extension, de toute laparotomie. Dans les cas difficiles, il est bon de lui adjoindre l'injection goutte à goutte de sérum chaud, ou, si le rein de l'opéré laisse à désirer, d'une solution de glucose à 9 p. 100.

La position de Fowler dans le traitement post-opératoire des laparotomies rend les plus grands services au malade :

1° En empêchant l'infection de se produire par la localisation des suintements et des produits de réaction ;

2° En diminuant le nombre et la durée des vomissements ;

3° En permettant l'élimination facile par le drainage des liquides contenus dans le pelvis ;

4° En supprimant l'atonie aiguë de l'estomac et de l'intestin, permettant ainsi l'élimination rapide des gaz et des matières ;

5° En donnant au poumon et par contre-coup au cœur toute facilité de remplir normalement leurs fonctions physiologiques ;

6° En supprimant ou en atténuant le choc et la douleur post-opératoires, procurant de cette façon à l'opéré un sommeil réparateur qui lui donne de bonne heure un visage reposé reflétant le bon fonctionnement de tous ses organes.

BIBLIOGRAPHIE

ARNAUD. — Position du malade dans le traitement des péritonites (Lyon chir., 1er avril 1911).

— Thèse de doctorat, 27 juillet 1911.

BODE. — Une nouvelle méthode de traitement et de drainage du péritoine dans la péritonite diffuse (Zentralblatt für Chirurgie, 1900).

BOX. — La déclivité de l'abdomen et son influence sur la localisation des infections péritonéales (The Lancet, 26 mars 1910).

BREWIS. — Sur le nettoyage du péritoine pendant la laparotomie (The Scottisch med. and surg. Journal, 1900, vol. VII).

BROWN. — Le traitement post-op. de l'appendicite par la méthode Murphy-Fowler (Surgery gynecology and obstetrics).

CLAIRMONT et HABERER. — Exp. sur la physiologie et la path. du péritoine (Arch. für klin. Chirurg., 1905, t. 76).

DEAVER. — De la péritonite diffuse (Annals of surgery, Phila. 1909, I).

FOWLER (G. R.). — De la péritonite septique diffuse et d'un nouveau traitement par l'élévation de la tête et du tronc (Med. Record, 1900, LVII).

FOWLER (R.-S.). — Résultats dans la péritonite diffuse traitée par l'élevation de la tête et du tronc (Med. News, 28 mai 1904).

FOWLER (R.-S.).—Traitement de la péritonite. Report de cas traités par l'élévation de la tête et du tronc (New-York State J. Med. New-York, 1907, VII).

GLIMM. — Sur la résorption du péritoine.

GRIFFIN. — Position de Fowler dans le traitement de la péritonite, avec description du lit de Gorham (New-York Med. Journal, 1909, VI).

HERBECOURT. — Voie vaginale sans hystérectomie (Thèse de Paris, 1900-01).

HOTSCHKISS.— Sur la question du drainage dans les péritonites appendiculaires (Med. News, juillet 1904).

KUSTER. — Le décubitus ventral comme traitement consécutif des septicémies péritonéales (Congrès de chirurgie, 1904).

LEJARS.— Position élevée de la tête et du tronc (Semaine médicale, 1904).

LERAT. — Thèse de Paris, 1910.

MARQUIS. — Traitement moderne de la péritonite (Rennes médical, décembre 1909).

— Bulletin de la Société médicale et scient. de l'Ouest, 1909.

— Traitement post-opératoire des péritonites (Gaz. des hôpit., sept. 1910).

— De la réalisation simultanée de la position inclinée et de l'entéroclyse continue dans le traitement des péritonites aiguës (Congrès de chirurgie, 1911).

MURPHY. — La protoclyse dans le traitement des péritonites (The Journal of the american med. Ass., t. LII, 17 avril 1909).

PICHEVIN. — Du drainage dans les laparatomies (Sem. gynécol., Paris, 1906).

PROPPING. — Importance de la pression intra-abdominale au point de vue de traitement de la péritonite (Arch. für klinisch. Chirurgie, 1910).

ROUVILLE (DE). — Des soins anté et post-opératoires en chirurgie abdominale (Congrès de chirurgie, 1909).

TÉDENAT. — Soins anté et post-opératoires et chirurgie abdominale (Congrès de chirurgie, 1909).

— Traitement des péritonites aiguës (Méthode de Fowler-Murphy) (Congrès de chirurgie, 1911).

TÉMOIN.— Traitement des péritonites aiguës (Congrès de chirurgie, 1911).

TISSERAND. — Position demi-assise (Province méd., 1907).

VIGNARD. — Péritonite généralisée (Lyon chirurg., 1910).

WHITEFORD. — Le traitement de la position de Fowler par le drainage, la position de Fowler et l'irrigation rectale continue (Bristol med. and surg. Journal, 1908, LI).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 19 juin 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 18 juin 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!